NOTE SUR UN CAS

DE

TUMEURS FIBREUSES UTÉRINES

PENDANT LA GROSSESSE

PAR

Le Dr A. CHARRIER,

Ancien chef de Clinique d'accouchements de la Faculté,
Ancien vice-président de la Société anatomique,
Secrétaire général de la Société de médecine de Paris,
Médecin de l'Imprimerie nationale,
Chevalier de la Légion d'Honneur, etc.

(Extrait des Annales de Gynécologie)
Numéro de février 1875.

PARIS
H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR
2, rue Casimir-Delavigne, 2

1875


Rue Racine
PARIS

NOTE SUR UN CAS

DE

TUMEURS FIBREUSES UTÉRINES

PENDANT LA GROSSESSE

NOTE SUR UN CAS

DE

TUMEURS FIBREUSES UTÉRINES

PENDANT LA GROSSESSE

PAR

Le Dr A. CHARRIER,

Ancien chef de Clinique d'accouchements de la Faculté,
Ancien vice-président de la Société anatomique,
Secrétaire général de la Société de médecine de Paris,
Médecin de l'Imprimerie nationale,
Chevalier de la Légion d'Honneur, etc.

(Extrait des Annales de Gynécologie)
Numéro de février 1875.

PARIS
H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR
2, rue Casimir-Delavigne, 2

1875

NOTE SUR UN CAS

DE

TUMEURS FIBREUSES UTÉRINES

PENDANT LA GROSSESSE (1)

Provoquant le travail et faisant obstacle à la sortie du fœtus. — Arrêt du travail pendant trois semaines par l'emploi quotidien du chloral associé au laudanum. — Ramollissement des tumeurs. — Accouchement spontané. — Guérison.

Au nombre des accidents les plus graves, et heureusement assez rares qui peuvent, pendant la grossesse, ou au moment de l'accouchement, mettre en danger la vie de la mère, on doit compter la présence d'une tumeur fibreuse (myôme, fibrôme, ou fibro-myôme) considérable implantée sur le col, ou sur le segment inférieur de l'utérus.

Sous l'influence de la suractivité fonctionnelle de cet organe, pendant la gestation, ces tumeurs se développent parfois avec une rapidité extrême. Il peut arriver que la tumeur située au-dessous du fœtus, et complètement enclavée dans le petit

(1) Lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 28 nov. 1874.

bassin, en prenant des dimensions énormes devienne un obstacle absolu à la sortie du fœtus, et qu'une opération : l'ablation de la tumeur, ou l'hystérotomie sus-pubienne, soit la dernière ressource du chirurgien. Il peut arriver aussi que des changements anatomiques survenus dans la consistance, la dureté, la position de la tumeur permettent sa dépressibilité, son aplatissement, son refoulement au-dessus du détroit supérieur, alors l'accouchement spontané s'effectue par les simples forces maternelles.

Il n'en est pas moins vrai que cet état pathologique offre de très-grands dangers pour la mère ; je ne parle pas de l'enfant ; presque toujours il succombe *in utero* pendant le travail qui est dans la grande majorité des cas prématuré, ou presque aussitôt après sa sortie du sein maternel.

La présence d'une tumeur fibreuse sur le col ou sur le segment inférieur de l'utérus, constitue par elle-même un grand danger; mais le danger est augmenté encore quand il survient, comme c'est l'habitude, des hémorrhagies qui sont redoutables par leur abondance et par leur répétition. A la fin de l'an dernier, et au commencement de cette année 1874, j'ai eu à traiter dans ma clientèle un cas de tumeur fibreuse sessile implantée sur le col, ou sur le segment inférieur de l'utérus chez une femme enceinte. Je vais vous communiquer tous les détails de cette observation et les réflexions qu'elle m'a suggérées.

Si l'on parcourt les auteurs qui ont traité la matière, Fabrice de Hilden, Levret, Béclard, Velpeau, Huguier, Am. Forget, Broca, Robin, Jarjavay, Virchow, Ashwell, Ingleby, Simpson, Tarnier, Guéniot, Depaul, Guyon, Magdelaine, Bernaudeaux, Dupuis, John Lambert, etc., etc., on est frappé d'épouvante en relevant tous les cas qui se sont terminés par la mort, que le chirurgien intervienne par les voies génitales en faisant l'ablation de la tumeur, ou par l'hystérotomie sus-pubienne.

Cependant, mon très-regretté maître Danyau avait eu un succès très-remarquables (*Revue médico-chirurg,*, p, 299, 1851).

Dans cette observation, la tumeur était implantée dans la

lèvre postérieure de l'utérus. Elle remplissait le vagin et avait une grande résistance, Danyau prit l'avis de P. Dubois, et lui proposa d'énucléer la tumeur, puisque l'accouchement était impossible. P. Dubois fut de cet avis, Danyau énucléa la tumeur, puis fut obligé de la diviser en deux parties pour en faire l'extraction ; l'opération dura trois quarts d'heure. L'enfant était mort depuis deux ou trois jours, il présentait les pieds ; la mère se rétablit parfaitement.

Quand tout à l'heure, j'ai parlé de l'effroyable proportion des insuccès dans les cas d'implantation de tumeur fibreuse dans une des parties inférieures de l'utérus, je n'ai entendu parler que des tumeurs *sessiles* développées au milieu du parenchyme utérin faisant saillie dans les voies génitales, situées au-dessous du fœtus et complètement immobiles, car il existe d'autres tumeurs qui, bien qu'implantées au même endroit, sont pédiculées ; alors, les indications sont toutes différentes, les difficultés opératoires bien moindres, et les succès beaucoup plus nombreux.

L'observation que je vais vous lire a été prise jour par jour, et elle acquerra une plus grande valeur à vos yeux, quand vous saurez, Messieurs, que le Dr Félix Guyon m'a assisté de ses bons conseils, et a suivi avec moi toutes les phases de la maladie.

La dame C... est âgée de 26 ans, elle s'est toujours parfaitement portée ; pour toute maladie, elle n'a jamais eu que quelques douleurs gastralgiques coïncidant presque toujours avec la menstruation. Les parents n'ont jamais été malades, et sa mère qui a eu plusieurs enfants n'a présenté aucun phénomène pathologique, aucun surtout qu puisse avoir quelques rapports avec le cas qui nous occupe.

Mme C... a eu 3 couches heureuses, elle devint enceinte pour la quatrième fois à la fin d'août 1873. Elle devait donc accoucher vers la fin de mai 1874.

Dès les premiers jours, elle fut malade ; elle eut de l'anorexie, des vomissements, des douleurs abdominales qui retentissaient dans les reins. Un médecin, appelé, méconnut la grossesse commençante, et fit appliquer 12 sangsues au bas-ventre. Les douleurs lombaires, loin de se calmer, augmentèrent ainsi que celles de l'hypogastre. De temps en temps, Mme C... a envie de se trouver mal, elle a des

pandiculations, des vomissements fréquents. Elle s'amaigrit, elle a de la pâleur de la face, et elle entend un bruit de souffle dans les oreilles.

Dès les premiers jours de décembre, Mme C... vint me consulter; à l'état anémique se joignait un état local du côté de l'utérus qui avait éveillé l'attention de la patiente surtout depuis huit jours. Elle éprouve des tiraillements douloureux dans les lombes, dans les aines, elle ne peut faire deux pas, ou rester un peu debout sans éprouver des envies de se trouver mal.

Je pratique le toucher vaginal. Je constate d'abord un écoulement incolore et inodore très *considérable*, la matrice abaissée, déviée à droite comme si elle était fortement tiraillée par le ligament rond; en appuyant la main au-dessus du pubis, un peu plus à droite qu'à gauche on rencontre l'utérus développé comme à 3 mois 1/2, 4 mois de grossesse. Je ne pus pas sentir de ballottement. Grossesse de 3 mois 1/2 à 4 mois, compliquée d'abaissement et de déviation utérine ; tel est mon diagnostic, mais il reste toujours dans mon esprit une inconnue ; quelle est la cause de cette déviation et de cette *leucorrhée énorme ?*

Il y a quelque chose d'anormal, mais qui m'échappe complètement; en réexaminant par le palper abdominal, je distingue que le fonds de l'utérus n'est pas horizontal; la corne gauche est plus haute que la droite et plus en arrière. L'utérus est donc en latéroversion et un peu tordu sur son axe de gauche à droite suivant le diamètre bisiliaque; le col paraît avoir suivi ce mouvement de latéroversion et semble taillé latéralement en biseau. Les culs-de-sac vaginaux sont libres et non douloureux.

Vers le 20 décembre 1873, les mouvements actifs du fœtus se font sentir à sa mère, puis les symptômes douloureux augmentent, et la malade se plaint d'avoir souvent envie de pousser comme pour accoucher. Plusieurs jours se passent ainsi.

Le 28. Je vais chez Mme C... et je trouve en effet une tumeur plus grosse qu'un œuf de dinde qui fait saillie dans le vagin; elle paraît être le prolongement de la lèvre antérieure du col, je dis, elle paraît, car il m'est impossible,quelque soin que j'y apporte,de savoir où est la base d'implantation, je ne puis découvrir aucun sillon, aucune dépression, et l'orifice est introuvable.

J'avais donc la clef de la déviation utérine, et j'étais en présence d'une tumeur fibreuse, implantée dans le segment inférieur de l'utérus probablement en avant et à droite, compliquée d'une grossesse. Que devais-je faire? La malade avait des envies fréquentes de pousser comme pour accoucher. Je savais le danger qu'il y a à intervenir dans les cas de tumeurs fibreuses compliquant la grossesse, à cause de la

vascularité de l'utérus. J'espérais, si la tumeur n'avait pas un accroissement très-rapide, que la fausse couche aurait lieu. Alors le danger serait déjà moindre et l'on s'inspirerait des indications du moment; mais mon espérance fut déçue et l'accroissement de la tumeur fut tel que vers le milieu de janvier la malade ne pouvait plus marcher, elle restait à la chambre.

La malade recevait alors les conseils habituels de M. le Dr Mouillon et de Mme Duport, sage-femme qui a donné à notre malade les soins les plus intelligents et les plus dévoués pendant toute sa maladie. Il avait été convenu entre le mari de ma malade et moi que, dès qu'il y aurait quelque chose d'insolite, je serais appelé.

Le 25 février, une hémorrhagie assez abondante se déclare et s'accompagne de douleurs expultrices, mais la tumeur s'était tellement accrue que le Dr Mouillon et la sage-femme pensèrent que jamais l'accouchement ne pourrait se faire naturellement, et je fus appelé immédiatement.

Le 26. Au matin je me rends chez Mme C... et je trouve entre les lèvres de la vulve, la distendant, une tumeur comparable à un œuf d'autruche, dure, résistante, ne se laissant nullement déprimer; elle est blanchâtre, d'aspect fibreux. Le doigt introduit en fait difficilement le tour ; il est impossible de connaître son point d'insertion ni la position de l'orifice. Le fœtus est vivant. Quelle était la conduite à tenir dans une occurrence aussi grave? La malade, épuisée par l'hémorrhagie, par l'abondance de l'écoulement qui est devenu fétide, ne peut évidemment aller jusqu'à terme ; de plus les douleurs expultrices sont fréquentes, longues et très-violentes. Que va-t-il survenir? l'utérus va-t-il se rompre? une péritonite se déclarera-t-elle? y aura-t-il des hémorrhagies nouvelles? Je me rappelais l'heureuse terminaison de l'opération de Danyau, fallait-il opérer? et quel mode opératoire adopter? serait-ce l'énucléation? faudrait-il tenter la ligature, ou l'écrasement? Je priai alors mon ami, M. le Dr Félix Guyon, de venir en consultation avec moi et le Dr Mouillon. Son diagnostic est le même que le mien, et il croit comme moi qu'il faudra opérer. Mais cependant il fait ses réserves, la mort n'est pas imminente, la perte sanguine ne s'est pas renouvelée. Nous étions le dimanche 1er mars, il fut d'avis d'attendre, il reviendra jeudi suivant, tout sera préparé pour l'opération, et s'il y a lieu on tâchera de renouveler l'opération de Danyau.

Le jeudi 5 mars. Nouvelle consultation. La malade qui a pris des toniques est mieux comme état général, l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite, et la tumeur ne s'est pas accrue. Nous convînmes d'attendre encore.

Le 6. Douleurs d'expulsion.

Laudanum en lavement à la dose de 20 gouttes, matin et soir, avec chloral 2 grammes. Les douleurs cessent jusqu'au 8 mars, injections phéniquées.

Le dimanche 8. M. Guyon et moi constatons un commencement de ramollissement peu appréciable à la base de la tumeur, c'est-à-dire aussi haut que l'on peut porter le doigt dans le vagin.

Alors il fut convenu entre nous devant ces deux faits d'une importance capitale : 1° l'arrêt d'accroissement de la tumeur, 2° le commencement de ramollissement, de faire tout pour suspendre le travail d'expulsion. On a vu des tumeurs fibreuses se ramollir, et permettre l'accouchement naturel et spontané. Si ce travail était cnmmencé, comme tout le faisait présumer, il fallait à tout prix attendre et empêcher le travail d'expulsion, jusqu'à ce que la dépressibilité de la tumeur pût permettre le passage du fœtus.

Douleurs vives. 2 grammes de chloral additionné de 20 gouttes de laudanum, matin et soir. Suspension du travail. On sent bien la contraction de l'utérus par la main appuyée sur le ventre, et les douleurs sont bien des douleurs d'expulsion.

Le 12. Hémorrhagie assez considérable. — Cognac, glace. — Vomissements fréquents.

Le 18. Hémorrhagie. — (*Champagne frappé, Cognac.*) — Ramollissement évident de la tumeur à la partie droite et supérieure, écoulement d'une fétidité extrême. (Injections quatre fois par jour avec de l'eau additionnée de permanganate de potasse, 20 grammes pour 1,000.) Compresses imbibées de ce liquide sur la vulve.

Le 20. Nous croyons la malade perdue : frissons, pouls à 140, petit, misérable ; ballonnement du ventre ; nez froid ; haleine froide et fétide ; peau visqueuse ; douleur très-vive à l'épigastre à la pression, vomissements porracés. — Large vésicatoire sur le ventre ; sulfate de quinine, 80 centigrammes en deux paquets, un le matin, un le soir ; toniques, glace, injections.

Le 21, *au matin.* Une légère amélioration s'est faite, la chaleur est revenue, une sueur profuse et infecte a eu lieu ; la malade vomit encore, mais moins souvent ; le pouls est à 120, et la tumeur s'est tellement ramollie qu'elle se laisse déprimer de moitié. — Je cesse tout traitement anti-abortif.

Les douleurs expulsives se déclarent vers les trois heures de l'après-midi ; elles sont régulières. — A six heures du soir elles continuent. — La malade pousse, je m'abstiens de toute exploration dans la crainte de provoquer une hémorrhagie.

Les douleurs continuent régulièrement toute la nuit et le 22, à trois heures du soir, c'est-à-dire vingt-huit heures après la cessation du chloral associé au laudanum. — Un fœtus de 7 mois est expulsé

vivant ; il meurt douze heures après sa naissance. — La délivrance est naturelle; le placenta est complet et normal. Entre les grandes lèvres pend une grande partie de la tumeur flasque et d'une fétidité extrême. Tout ce qui sort de la vulve est réséqué d'un coup de ciseau (12 centimètres de long sur 9 de large et 6 de hauteur).

Le dégorgement utérin fut faible. On continue les injections désinfectantes quatre fois par jour (2 grammes de seigle en une fois).

Le 23. Les vomissements ont cessé. La malade prend du vin et du bouillon. — Pouls à 100.

M. Guyon qui a été prévenu de cette bonne nouvelle vient voir la malade. Nous trouvons entre les grandes lèvres la partie supérieure de la tumeur qui ressemble aux membranes enroulées sur elles-mêmes ; elle est flétrie. Une légère traction se détache sans efforts, sans hémorrhagie (10 centimètres de long sur 4 d'épaisseur.)

Le 25. La malade s'alimente; elle est bien. Pouls à 90, sans chaleur à la peau.

Le soir, elle rend, à la suite d'une tranchée utérine, une tumeur aplatie, grosse comme une œuf de poule.

Le 29. Une troisième tumeur, de même nature et de même grosseur est encore rendue spontanément à la suite d'une légère contraction utérine.. La leucorrhée fétide disparaît, et la convalescence a lieu sans encombre, aidée par les ferrugineux et le vin de quinquina.

J'ai revu et examiné notre malade il y a un mois ; elle est très-bien portante, l'utérus est à sa place, sans déviation aucune, et Madame C..., n'éprouve plus aucune douleur, ni aucun tiraillement, ni dans l'abdomen, ni dans les reins.

Permettez-moi, Messieurs, de vous faire part des quelques réflexions qui me sont venues à l'esprit à propos de ce cas de dystocie si grave et terminé si heureusement.

Quand j'examinai Mme C..., pour la première fois, nulle tumeur n'était appréciable par le toucher et il n'existait aucun autre symptôme que la déviation utérine et l'écoulement considérable à tel point, que plusieurs serviettes de 5 à 6 étaient trempées dans les vingt-quatre heures.

La déviation uterine était accompagnée de douleurs lombaires et abdominales très-vives. Or, une déviation utérine n'est guère douloureuse que lorsqu'il existe un point inflammatoire dans les régions circonvoisines, les culs-de-sac vaginaux sont toujours à quelque endroit douloureux au toucher.

Or, ces culs-de-sac vaginaux étaient souples et complètement indolores, il y avait donc quelque chose d'anormal. Mais ce qui avait frappé le plus mon attention et qui me semblait inexplicable c'était *cet écoulement leucorrhéique énorme.* J'avais pensé à une hydrorrhée utérine, à la rupture prématurée des membranes au-dessus du cercle utérin. Mais jamais l'écoulement n'est continuel ni aussi considérable, il est intermittent, il se passe quelquefois plusieurs jours sans écoulement aucun, de plus il n'est pas fétide.

Or, dans un cas pareil, on pourra, en tenant compte de la grande quantité de liquide écoulé depuis le commencement de la grossesse, soupçonner l'existence d'une tumeur fibreuse intra-utérine qui n'est pas encore appréciable par le toucher, mais qui, par sa présence, joue le rôle de corps étranger et excite la sécrétion des glandes utérines.

Cet écoulement d'inodore qu'il était devient fétide, comme dans la gangrène, il est probable que la fétidité a paru avec le commencement du ramollissement de la tumeur; si ce fait se reproduisait et était constaté de nouveau, il aurait une importance pronostique capitale, puisqu'il indiquerait l'arrêt de développement, le ramollissement de la tumeur, et la possibilité plus ou moins prochaine de l'accouchement spontané, et, comme conséquence au point de vue du traitement, l'abstention complète de toute intervention chirurgicale.

Avant d'appeler M. Guyon en consultation, j'avais bien souvent repassé dans mon esprit tous les moyens qui avaient été employés dans des occurrences pareilles, et j'avais pensé à ponctionner l'œuf, à arrêter ainsi la grossesse. M. Depaul a rapporté un exemple de cette méthode, qui avait été suivie de guérison. Cette idée me semblait bonne et rationnelle; en effet, il n'est pas probable que la grossesse puisse aller jusqu'à son terme; l'enfant est presque fatalement voué à la mort, d'autre part, nous savions que l'on a vu des tumeurs se flétrir très-rapidement après l'accouchement et être spontanément expulsées, or, en arrêtant l'activité fonctionnelle de l'organe et en provoquant ainsi un travail régressif, tout portait à croire que

la tumeur, ou se flétrirait d'elle-même. ou serait quelque temps après opérable avec beaucoup moins de dangers pour la mère. Mais j'avais compté sans l'impossibilité de trouver l'orifice utérin, impossibilité absolue, non-seulement constatée par moi, mais par M. Guyon.

Par où alors ponctionner l'œuf? par le vagin? C'était bien aléatoire en avant, derrière les pubis, on blessait la vessie, le péritoine; en arrière, on ne pouvait pas contourner la tumeur en haut; on pénétrait à coup sûr dans le cul-de-sac péritonéal postérieur; fallait-i lprendre la voie rectale ou la voie sus-pubienne et employer l'aspirateur de M. Dieulafoy? J'avoue que tous ces moyens me semblaient très-scabreux et tant que la mort ne m'aurait pas paru imminente, je n'aurais absolument rien tenté; je serais resté dans l'expectation pure. M. Guyon fut de cet avis quand nous discutâmes ensemble le procédé à employer; la ligature, l'écrasement n'étaient pas possibles, le doigt entrait avec peine entre la tumeur et la paroi vaginale tendue sur elle; il ne restait donc que l'énucléation, et M. Guyon était d'avis, si l'on était forcé d'opérer, d'imiter la conduite de Danyau, mais comme je l'ai déjà dit plus haut, M. Guyon fit ses réserves. « Si la tumeur se ramollissait en un « seul point, disait-il, nous serions presque sûrs que la désa- « grégation de la tumeur se ferait vite, et encore plus vite que « l'accroissement primitif, et l'accouchement aurait lieu spon- « tanément; donc, tant que la mort ne nous semblera pas pro- « chaine, n'intervenons pas, attendons. » Cette sage conduite a porté ses fruits et notre malade a guéri. A un moment donné, elle a été prise d'accidents excessivement graves : frissons, ballonnement du ventre, pouls à 140, facies grippé, nez froid, haleine fétide, douleurs très-vives au creux épigastrique, comme dans la péritonite post-puerpérale rapidement mortelle, elle semblait avoir des accidents de pyohémie et devoir infailliblement succomber et cependant un faible espoir me resta; quand ces formidables accidents survinrent, notre malade n'était pas à l'hôpital, elle n'était pas accouchée, ces accidents pouvaient être dus seulement à l'infection putride, et non à la pyohémie. Or on guérit de l'infection putride, jamais de l'infection puru-

lente. C'est dans cette espérance que j'instituai un traitement énergique et antiseptique et, le lendemain, nous eûmes le bonheur de voir notre malade un peu mieux et aussitôt après l'accouchement entrer en convalescence.

Je ferai, en dernier lieu, observer une chose, c'est l'immense service que nous a rendu encore l'association du chloral au laudanum pour suspendre les contractions utérines ; pendant près de trois semaines nous avons suspendu le travail et nous avons ainsi donné à la tumeur le temps de se ramollir, de s'affaisser et par suite à l'utérus la possibilité de se débarrasser du fœtus, puis, ce qu'il y a de curieux, c'est, après l'accouchement, l'expulsion spontanée, sans hémorrhagie, après une contraction utérine un peu forte d'abord le deuxième jour, d'une seconde tumeur fibreuse, flétrie et aplatie ; puis le sixième jour d'une troisième tumeur identiquement semblable à la seconde et de même tissu que les deux premières. Ainsi, Madame C... avait trois tumeurs développées dans le parenchyme utérin : une dans la lèvre antérieure ou dans le segment inférieur de l'utérus, celle-là, la plus considérable et qui avait fait obstacle à l'accouchement. Les deux autres étaient interstitielles, faisaient saillie à la face interne de l'utérus et étaient situées au-dessus de l'œuf ou au moins sur ces côtés.

L'examen histologique de ces tumeurs a été fait par M. le Dr Charles Monod, chef du laboratoire de l'hôpital des Cliniques. En voici le résumé : « Cette tumeur paraît être un « myôme, ou fibro-myôme de l'utérus dans lequel les fibres « musculaires lisses l'emportent de beaucoup sur le tissu con- « jonctif. Ce dernier ne constitue dans ce cas qu'un élément « accessoire. L'absence de toute cavité glandulaire permet, à « défaut d'autres motifs, de laisser de côté l'idée que cette tu- « meur aurait pu être composée par une portion de tissu utérin « lui-même. »

De cette observation, messieurs, quels enseignements pouvons-nous tirer au point de vue du diagnostic et du traitement? Les voici : 1° quand une femme souffrira continuellement des reins, de l'abdomen, depuis le commencement de la grossesse, sans aucune inflammation circonvoisine, qu'il y aura dévia-

tion ou abaissement de l'utérus, quand un écoulement énorme de liquide aura lieu continuellement, on pourra soupçonner l'existence d'une ou de plusieurs tumeurs fibreuses faisant saillie à la face interne de l'utérus.

Alors il faudra examiner fréquemment la malade, et dès que la tumeur apparaîtra au dehors de la cavité utérine, se rappeler la possibilité d'un accroissement très-rapide sous l'influence de la grossesse, et si la tumeur est sessile, dès que l'accroissement aura été constaté, il faudra, si faire se peut, de bonne heure ponctionner l'œuf, pour suspendre la gestation et provoquer ainsi la régression de la tumeur.

2° Si l'on était consulté trop tard, pour pouvoir pratiquer cette opération ; que la tumeur fût dure, résistante ; que l'accouchement semblât impossible par la présence de la tumeur dans le vagin et que le travail se déclarât, il serait indiqué de tout faire pour arrêter le travail, pour donner le temps au produit pathologique de se ramollir et ne plus faire obstacle à la sortie du fœtus.

3° Un signe d'une grande valeur, sera la fétidité de l'écoulement. Cette fétidité commence avec le ramollissement et la désorganisation de la tumeur ; de là, l'indication de s'abstenir de toute intervention chirurgicale.

4° Si l'opération devenait d'absolue nécessité, tâcher d'employer l'écrasement linéaire ou la ligature, et, si ces moyens sont impraticables, imiter la conduite de Danyau et faire l'énucléation, et, s'il le faut, la division ou le morcellement du néoplasme.

5° Enfin, si l'hystérotomie était la seule opération possible, la dernière chance de salut pour la mère, ne la faire qu'à la dernière extrémité, attendre jusqu'à la dernière limite, car ces tumeurs peuvent se ramollir avec plus de rapidité encore qu'elles n'en ont mise à croître et à se développer.

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 31.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES. ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION DE MM.

PAJOT,	COURTY,	T. GALLARD,
Professeur d'accouchements à la Faculté de Paris.	Pr de clinique chirurgicale à la Fac. de Montpellier.	Médecin de l'hôpital de la Pitié.

Avec la collaboration et le concours de MM.

BARDY-DELISLE (de Périgueux), G. BERGERON, BLEYNIE (de Limoges), BOISSARIE, Ch. BOUCHARD, BOUCHUT, BOURDON, BROUARDEL, BURDEL (de Vierzon), CHARRIER, CHÉRON, CHURCHILL (de Dublin), CLOSMADEUC (de Vannes), DELORE (de Lyon), DELPECH, DEMARQUAY, DESNOS, DESORMEAUX, DEVILLIERS, DUGUET, DUMAS (de Montpellier), DUMONTPALLIER, DUMESNIL (de Rouen), FAYE (de Christiania), FÉRÉOL, FERRAND, Alfred FOURNIER, GAUTRELET (de Dijon), GILLETTE, GOMBAULT, GRYNFELTT (de Montpellier), Alph. GUÉRIN, GUERINEAU (de Poitiers), A. HARDY, HERRGOTT (de Nancy), HEURTAUX (de Nantes), JACQUET (de Lyon), LABAT (de Bordeaux), Edouard LABBÉ, Léon LABBÉ, O. LARCHER, Léon LE FORT, LIZÉ (du Mans), A. MARTIN, NIVET (de Clermont-Ferrand), ONIMUS, PARISOT (de Nancy), L. PÉNARD, M. PETER, PILAT (de Lille), POLAILLON, G. POUCHET, POZZI, Albert PUECH (de Nîmes), Maurice RAYNAUD, REY (de Grenoble), RICHET, DE SAINT-GERMAIN, SIREDEY, SLAVJANSKY (de St-Pétersbourg), TILLAUX, U. TRÉLAT, WORMS.

Rédacteur en chef

A. LEBLOND,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
- 18 FRANCS POUR PARIS.
- 20 FRANCS POUR LES DÉPARTEMENTS.
- POUR L'ÉTRANGER, suivant les conditions postales.

ON S'ABONNE A PARIS

Chez H. LAUWEREYNS, ÉDITEUR,

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

Dans les Départements et à l'Étranger chez tous les Libraires.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.